

All. A - Schema di domanda

Spett. le ASP Città di Bologna
Viale Roma n. 21
40139 Bologna (BO)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE COMPARATIVA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI DI PERSONALE MEDICO NELL'AMBITO DEL PROGETTO SPRAR DM DELL'ASP CITTA' DI BOLOGNA

__l__ sottoscritt__ _____
nat__ a _____ Prov. (___) il ___/___/_____
residente in _____ Prov. (___)
cap _____ via _____ n° _____
Cod. Fisc. _____ P.Iva _____
Telefono _____/_____ Cellulare _____/_____
E-mail _____ Pec _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione comparativa per il conferimento di incarichi libero professionali di personale medico nell'ambito del progetto SPRAR DM dell'ASP Città di Bologna.

A tal fine, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 76, DPR 445/00), ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

CITTADINANZA _____

GODIMENTO DEI DIRITTI CIVILI E POLITICI SI NO

CONDANNE PENALI SI (quali) _____
 NO

LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA rilasciata dall'Università degli studi di _____
Conseguito in data _____ voto _____

ISCRIZIONE ALL'ALBO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI di _____ rilasciato il
_____ n. _____

SPECIALIZZAZIONE IN _____ conseguita in data
_____ presso _____

- di aver preso visione dell'avviso pubblico della presente selezione;
- di non essere stato destituito/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione;
- di aver maturato competenze specifiche nell'accoglienza dei migranti e richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale, come evidenziato nell'allegato curriculum vitae;
- di essere in possesso di regolare partita Iva ed assicurazione di responsabilità civile professionale verso terzi;
- che all'atto della stipulazione del contratto di incarico sarà in possesso di regolare partita Iva e assicurazione di responsabilità civile professionale verso terzi;

- di non essere inibito/a per legge all'esercizio della libera professione;
- di non trovarsi in conflitto di interessi con ASP Città di Bologna;
- non essere stato collocato in quiescenza.

 sottoscritt_ autorizza l'ASP Città di Bologna al trattamento dei dati personali forniti ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 ai fini della gestione della presente procedura.

Data ____/____/____

Firma¹_____

Allega: - fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità
- curriculum vitae, preferibilmente in formato europass

¹ Da sottoscrivere, a pena di esclusione dalla procedura comparativa